FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1889 — No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 décembre 1889, à 1 heure

Par Georges FRANQUET,

Né à Songy (Marne), le 27 novembre 1865.

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

DU LYMPHADÉNOME GANGLIONNAIRE

ET DE SON TRAITEMENT PAR L'ARSENIC

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM. { DUPLAY, professeur. BRUN et NÉLATON, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Therapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SÉE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

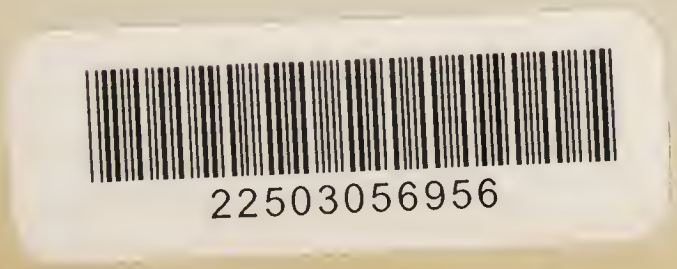
MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTPRER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REYNIER.	VILLEJEAN
CHAUFFARD.	MARIE.	RIBEMONT-DESS.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		
FAUCONNIER.	NELATON.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



DU

LYMPHADÉNOME GANGLIONNAIRE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR L'ARSENIC

EXPOSÉ DU SUJET

Après les magistrales leçons de Trousseau sur l'*adénie*, maladie caractérisée par « une hypertrophie simple des ganglions lymphatiques superficiels et profonds, et des productions lymphatiques dans différents organes, » les chirurgiens s'attachèrent bientôt à étudier les lésions locales, les tumeurs, auxquelles Ranvier avait donné le nom de *lymphadénomes*. On remarqua que ces tumeurs, constituées anatomiquement par un tissu identique à celui des glandes lymphatiques normales, se comportaient cliniquement de la même façon que les tumeurs malignes. Tantôt se localisant à un groupe ganglionnaire et évoluant sur place, comme le sarcôme, tantôt se généralisant avec la rapidité du « pire des cancers. » Aussi, dès 1872,

WELLCOME
LIBRARY
General Collections
P
977

M. Trélat pose à la Société de Chirurgie la question de savoir si ces engorgements ganglionnaires doivent appartenir à la maladie décrite par Trousseau, ou être rangés dans la classe des tumeurs sarcomateuses.

Question intéressante au plus haut point pour la chirurgie ; car dans la première hypothèse, on se trouve en présence d'une affection qui se généralise fatalement au bout d'un temps très court. Dans le second cas, au contraire, on peut espérer enrayer la maladie par une extirpation précoce.

Presque tout le monde est d'accord, en France, pour attribuer à un même processus morbide (*lymphadénie* de Ranvier, *diathèse lymphogène* de Jaccoud), les différentes formes d'hypertrophie ganglionnaire simple ; qu'elle soit généralisée d'emblée ou qu'elle reste un certain temps localisée à la façon du sarcome. Dans ce dernier cas, en effet, lorsque survient la généralisation, les tumeurs secondaires sont toujours constituées par du tissu lymphatique.

Nous ne parlerons pas des manifestations de la lymphadénie dans les nombreux organes composés, comme les ganglions, de tissu adénoïde (rate, follicules clos de l'intestin et du pharynx, muqueuse gastrique, amygdales, corps tyroïde, thymus, moëlle rouge des os). Même dans des parties où il n'existe pas à l'état normal, le tissu adénoïde se développe de toutes pièces aux dépens du tissu conjonctif, à l'origine même des capillaires lymphatiques. Ainsi sont envahis le foie, le rein, le testicule et les autres glandes, les séreuses (plèvre et péricarde), la peau. C'est aux cas où les tumeurs adénoïdes sont ainsi

généralisées, que s'appliquent les dénominations d'adénie (Trousseau), de pseudo-leucémie (Wunderlich), de maladie de Hodgkin.

Un tel sujet demanderait des développements hors de proportion avec le cadre modeste d'une thèse inaugurale. Il a, d'ailleurs, été amplement traité dans les ouvrages classiques, par des maîtres tels que Trousseau *(Cliniques de l'Hôtel-Dieu)*, Jaccoud et Labadie-Lagrave (*Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*) et dans plusieurs monographies.

Ainsi que l'indique le titre que nous avons choisi, nous n'aurons en vue dans cette étude que le lymphadénome ganglionnaire. Et, comme cette forme fréquente de la diathèse lymphogène a pour siège d'élection la région du cou, nous prendrons comme type de description le lymphadénome cervical.

Notre travail sera divisé en deux parties : dans la première, consacrée à la pathologie, nous laisserons entièrement de côté l'historique de la question, chapitre qui est déjà traité dans un grand nombre d'ouvrages. La seconde partie sera réservée au traitement.

Avant d'aller plus loin, nous nous faisons un devoir d'adresser tous nos remerciements à M. le docteur Reclus, pour les matériaux qu'il a bien voulu nous donner et pour la bienveillance dont il daigne nous favoriser. Nous sommes heureux de manifester également notre reconnaissanoe envers M. le docteur Picqué, pour son extrême obligeance, et envers M. le docteur Berger, pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé près de lui. Qu'ils soient assurés de notre respectueuse gratitude, ainsi que

tous nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Le Fort, Joffroy, Lancereaux, Nicaise, Routier, Maygrier.

Nous remercions enfin très vivement M. le professeur Panas du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous savons déjà que la lymphadénie se manifeste par des néoformations adénoïdes dans différents organes.

Caractères microscopiques. Formes anatomiques. — D'après His, le tissu adénoïde normal est caractérisé par un tissu conjonctif réticulé dont les mailles sont remplies de cellules lymphatiques. Tous les lymphadénomes devront donc présenter cette composition.

L'hyperplasie peut porter d'une façon égale sur les deux éléments, tissu réticulé et cellules : c'est le *lymphadénome pur* de Malassez et Ranvier. Dans le cas contraire, c'est le *lymphadénome impur*, le *lymphosarcome* des Allemands, qui comprend deux variétés : 1° si l'élément cellulaire prédomine, on a le lymphadénome impur à *grosses cellules* (lymphosarcome mou) ;

2° Si le stroma est surtout hypertrophié, on a le lymphadénome impur à *gros reticulum*, (lymphosarcome dur).

La classification de Virchow diffère peu de la précédente. L'auteur allemand distingue aussi trois formes : 1° le lymphome simple, caractérisé par l'épaississement du tissu réticulé et la prolifération des cellules lymphatiques ; 2° le lymphosarcome, qui ne diffère du lymphome

que par un développement plus avancé des cellules et comprend deux variétés : une *multicellulaire* (forme molle), où les cellules sont renfermées dans des alvéoles, ce qui rappelle le cancer, (mais ici les cellules ne sont pas épithéliales) ; une *fibreuse* (forme dure) caractérisée par une prolifération conjonctive dans la capsule et les cloisons de la glande.

Le lymphosarcome dur de Virchow est regardé en France comme une quatrième variété, à laquelle MM. Brousses et Gérardin (1) donnent le nom de lymphadénome impur à *prédominance fibreuse*. D'après eux, « cette variété se rapproche des inflammations chroniques ganglionnaires ; elle s'en distingue par un caractère spécial (infectiosité) et par une évolution différente. »

Diagnostic histologique. — Il résulte de cette multiplicité de formes que le diagnostic histologique du lymphadénome est très difficile ; quelques-unes de ces formes n'ont-elles pas de grandes analogies avec telle ou telle variété de tumeur maligne? De là, cette expression mal définie de lymphosarcome qui, d'après M. Vaillard (2), et bon nombre d'auteurs, devrait disparaître du langage médical.

Le lymphosarcome, d'après Ranvier, est « une tumeur composée de tissu lymphatique et d'éléments regardés comme sarcomateux. » Or, s'il est vrai que le lymphadénome impur présente souvent, à côté des éléments normaux hypertrophiés, des productions néoplasiques con-

(1) Mém. Ac. de médecine, 1887 (*Du lymphadénome.*)
(2) *Revue de médecine*, 1882.

sistant principalement en grandes cellules plates ou polyédriques de 15 à 20 μ de diamètre, il n'en diffère pas moins essentiellement du sarcome vrai. Celui-ci est constitué « par du tissu embyronnaire pur, ou subissant une des premières transformations pour devenir du tissu adulte... les cellules se touchent ou sont simplement séparées par une matière amorphe. » (Cornil et Ranvier.) Dans le sarcome ganglionnaire en particulier, le tissu réticulé et toute structure glandulaire disparaissent ; à leur place on observe du tissu sarcomateux parfait, à travers lequel circule un réseau capillaire irrégulier, souvent sans paroi propre. « Enfin, dit M. Vaillard, la présence des corps cellulaires qui donnent à ces tumeurs un aspect sarcomateux perd toute sa valeur si, avec Malassez, on considère ces grandes cellules comme une hypertrophie des éléments normaux du tissu lymphatique. Ainsi, dans l'adénite syphilitique, Cornil a décrit de grandes cellules polynucléaires ; dans l'adénite tuberculeuse, il a rencontré des cellules lymphatiques tuméfiées à gros noyau ovoïde bourgeonnant. »

Le lymphadénome impur, même compliqué de productions néoplasiques, n'a donc aucun rapport avec le sarcome.

En fin de compte, existe-t-il un critérium anatomique qui permette de reconnaître à coup sûr les manifestations de la lymphadénie ? Le meilleur moyen, suivant MM. Brousses et Gérardin, c'est « de faire porter l'examen sur un nombre suffisant de pièces prises dans différents organes. En effet, le lymphadénome, dans ses formes les plus complexes, peut reproduire à distance des

formes plus simples. C'est ainsi, par exemple, que la nature d'une tumeur, constituée par de grandes cellules et des travées conjonctives formant alvéoles, et simulant la structure du carcinome, sera reconnue lymphadénomateuse par le fait seul que l'on rencontrera, dans quelques organes éloignés, des tumeurs ayant la constitution anatomique du lymphadénome (tissu réticulé, cellules lymphatiques, vaisseaux capillaires à parois distinctes). »

Caractères macroscopiques. — Les tumeurs ont un volume très variable ; elles peuvent ne pas dépasser la grosseur d'une noisette, ou atteindre les dimensions d'une tête d'adulte.

Elles sont constituées par une agglomération de ganglions, dont quelques-uns ont le volume de grosses noix ou d'œufs de poule (Trousseau). Ces ganglions, d'abord isolés, se fusionnent pour former une masse lobulée ; ils sont ordinairement unis entre eux et même aux parties voisines par des tractus celluleux assez résistants. Il en résulte que certains organes (nerfs, vaisseaux) sont englobés dans l'épaisseur de la tumeur et contractent ainsi avec elle des rapports qui aboutissent à la destruction de ces organes.

Les lymphadénomes ont peu de tendance aux dégénérescences et aux suppurations. Les ulcérations spontanées sont extrêmement rares, et la tumeur peut acquérir un volume considérable sans qne la peau soit altérée à son niveau.

A la coupe, les ganglions hypertrophiés présentent une coloration qui varie du blanc rosé au gris rouge ; les tein-

tes les plus claires appartiennent aux formes dures (fibreuses), les foncées aux formes molles.

Par le râclage, on fait sourdre de la tumeur un suc d'autant plus lactescent et plus abondant qu'elle est plus molle. Ce suc renferme des éléments cellulaires que la pression a extrait des réseaux en même temps que la lymphe plastique.

SYMPTOMES

Signes objectifs. — Au début, un ou plusieurs ganglions s'hypertrophient, sans cause apparente, chez un sujet à la fleur de l'âge, exempt de toute tare organique.

Lieux d'élection : en premier lieu, angle de la mâchoire, aux confins de l'amygdale ; en second lieu, région moyenne du sterno-mastoïdien, et en troisième, creux sus-claviculaire (Terrillon).

Viennent ensuite, par ordre de fréquence : l'aisselle (seize fois sur cent onze cas, d'après Brousses et Gérardin), puis la région inguinale (dix foix sur cent onze).

Tumeur unilatérale au début, indolente, sans tendance inflammatoire. Les autres régions sont envahies à leur tour par poussées successives ; il n'est pas rare que chaque poussée ganglionnaire soit accompagnée d'un accès fébrile (Reclus).

Plus tard, les glandes s'agglomèrent les unes avec les autres, tout en conservant leur bosselure propre ; cette agglomération forme une tumeur volumineuse, mobile sous la peau, entourée de ganglions qui commencent à se prendre. Les tumeurs ont toutes la même consistance élastique.

Les téguments ne présentent aucune altération.

Tels sont, schématiquement exposés, les caractères attribués par tous les auteurs au lymphadénome ganglionnaire.

Plus tard, ces caractères restent les mêmes ; mais la tumeur tend sans cesse à s'accroître par l'adjonction de nouveaux ganglions. Les autres régions sont envahies à leur tour. Au cou, dans les cas assez fréquents où les deux côtés sont envahis, le cône thoracique semble se continuer jusqu'à la base du crâne.

Signes subjectifs. — Les lymphadénomes, par leur accroissement progressif, refoulent les tissus et déterminent des troubles fontionnels qui varient suivant l'organe lésé. On peut observer des troubles de la voix, de la respiration, des troubles cardiaques ou cérébraux tenant à la compression des nerfs récurrent, pneumo-gastrique, grand sympathique, de l'artère carotide et de la veine jugulaire. L'asphyxie est imminente dès que la trachée est déviée ou aplatie; la déglutition peut être génée par compression de l'œsophage.

Marche de la maladie. — On a décrit deux formes de lymphadénome, la forme dure et la forme molle; celle-ci généralement rapide dans son évolution. La forme dure a une durée plus longue, mais elle aboutit au même terme, c'est-à-dire à la généralisation des tumeurs.

La mort arrive généralement au bout de un à deux ans; cette règle est loin d'être absolue : il y a des cas où les tumeurs restent longtemps stationnaires. Aussi a-t-on cherché à distinguer cliniquement deux variétés de lym-

phadénomes, l'une bénigne et l'autre maligne. Plusieurs auteurs, Bergeron, Legallois, Daymard, décrivent la forme bénigne et en font une espèce distincte ; c'est ainsi que Legallois donne pour titre à sa thèse : *Du lymphadénome du cou ou de l'*HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE IDIOPATHIQUE. M. le professeur Verneuil admet également cette distinction. Nous verrons plus loin comment il faut peut-être interpréter cette diversité d'allures du lymphadénome.

« La dernière période de l'évolution des lymphadénomes est marquée, au point de vue des caractères locaux, par l'augmentation toujours croissante du volume des tumeurs, et finalement par leur ulcération. » (Humber.) (1) Cette ulcération spontanée est tout à fait exceptionnelle ; elle caractérise au contraire le lymphosarcome.

« L'état général est aussi profondément modifié. Les malades sont faibles, amaigris, pâles, couleur de cire ; c'est l'*anémie lymphatique* de Wilks et Pavy dans toute l'acception du mot. » (Humbert).

On peut aussi observer la leucocythémie, bien que le cas soit assez rare (Panas, *Soc. de Chir.*, 1872 ; Chauvel, *Soc. de Chir.*, 1877, Jaccoud, *Gaz. des hop.*, 1885) L'apparition de ce phénomène a donné lieu à diverses interprétations. Pour M. le professeur Jaccoud, la pseudo-leucémie doit être considérée comme une forme primitive qui conduit à la leucémie, si le malade a une assez

(1) Thèse d'agrégation, Paris, 1878. (*Des néoplasmes des ganglions lymphatiques.*)

longue survie : la leucémie et la pseudo-leucémie sont identiques par leur nature. D'autres la regardent comme une cachexie secondaire survenant dans des conditions diverses de déchéance vitale. (*Thèse de Variot*, Paris, 1882.) On l'observerait dans la lymphadénie au même titre qu'on l'observe dans la chlorose, l'impaludisme, la septicémie, la fièvre typhoïde, le mal de Bright, le diabète, le cancer, la phtisie, etc. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer l'apparition de la leucocythémie dans le cours d'une maladie fébrile, comme l'érysipèle, survenant chez un sujet atteint de lymphadénomes. Ce fait a été observé nombre de fois. Féréol, Reclus, Malassez (*Soc. anat.* 1872), Ricochon (*Gaz. hebd. de méd.*, 1885), Verneuil (*in Thèse de Grockler*, 1873.)

A la dernière période, les tumeurs ont envahi les viscères, les ganglions de la poitrine et de l'abdomen ; l'état cachectique s'accentue de plus en plus. Finalement la mort arrive, soit par suite la de faiblesse générale, le plus souvent par asphyxie ou par une hémorrhagie foudroyante (hémorrhagie cérébrale.)

DIAGNOSTIC

On doit d'abord se demander dans quel organe siège la tumeur; ensuite quelle est sa nature.

Le diagnostic du siège est généralement facile; la consistance de la tumeur, son mode d'apparition et ses caractères négatifs la distingueront au premier abord d'un anévrysme, d'une tumeur érectile, d'un lipome, des diverses espèces de kystes, d'une tumeur du corps thyroïde, d'une hernie pulmonaire. Le seul point délicat est de distinguer certaines tumeurs des glandes parotide ou sous-maxillaire de celles qui ont pris naissance dans les ganglions voisins, et cette distinction est des plus difficiles.

Sachant que le mal siège dans un ganglion, il s'agit de déterminer la nature de ce mal.

On peut éliminer facilement l'adénite aiguë, car la tumeur n'a présenté et ne présente aucun signe d'inflammation : son début lent et progressif, son indolence éloignent toute idée de processus aigu.

Nous arrivons aux tumeurs chroniques des ganglions; ces tumeurs peuvent être divisées en deux catégories: 1° tumeurs inflammatoires; 2° tumeurs néoplasiques.

Tumeurs inflammatoires. Elles étaient, dit M. Pollosson (1), jusqu'à ces dernières années classées en cinq groupes. On les rapportait : 1° à la scrofule ; 2° à la tuberculose ; 3° à la syphilis ; 4° à l'inflammation chronique simple, consécutive à une irritation venue des organes voisins par les voies lymphathiques ; 5° à l'hypertrophie ganglionnaire idiopathique, voisine du lymphadénome par sa constitution anatomique, mais absolument bénigne et susceptible de résolution.

Aujourd'hui, les deux premiers groupes se confondent, depuis qu'on admet l'identité de la scrofule et de la tuberculose. De plus, on y rattache bien des formes d'inflammation chronique réputée simple, par exemple, l'adénite cervicale si fréquente chez les soldats et, avec M. Trélat, bon nombre des hypertrophies ganglionnaires idiopathiques, dans lesquelles on a trouvé le bacille de Koch. (Kiener et Poulet.)

Si l'on attribue, partie à l'inflammation chronique simple, partie à la lymphadénie, ce qui reste de notre cinquième groupe, il nous reste à étudier, au point de vue du diagnostic différentiel : 1° l'adénopathie chronique simple ; 2° l'adénopathie syphilitique ; 3° l'adénopathie tuberculeuse.

A. *Chronique simple.* — Elle est due à l'irritation produite par divers agents infectieux, ayant pour point d'entrée des solutions de continuité de la peau (frottement du col de la tunique chez les soldats) ou des muqueuses

(1) *Province médicale*, 27 août 1887.

(lésions de l'appareil dentaire, des amygdales, des muqueuses nasale et pharyngienne). On devra donc explorer minutieusement le territoire lymphatique des ganglions affectés.

Ces ganglions atteignent rarement un volume bien considérable et aboutissent à la suppuration, de même qu'ils peuvent rétrocéder si la cause d'irritation disparaît. Mais s'ils persistent, sans changement de volume ou de consistance, n'est-on pas en droit de penser à un premier degré de lymphadénie, celle-ci ne trouvant pas pour l'instant un terrain favorable à son évolution complète ?

A. *Syphilitique.* — La diagnostic est facile, s'il existe d'autres manifestations de la maladie ; cependant l'adénite tertiaire à forme scléreuse, comme aussi l'adénite gommeuse avant la période d'ulcération, pourront présenter exactement l'aspect du lymphadénome, M. Humbert, dans sa thèse d'agrégation, rapporte un fait de ce genre ; le malade fut guéri en huit jours par le traitement ioduré : alors seulement le diagnostic put être affirmé.

A. *Tuberculeuse.* — Elle s'observe généralement chez des enfants ou des adolescents, qui présentent ou ont présenté des symptômes de scrofule : blépharite, amygdalite, éruptions impétigineuses du cuir chevelu, de la face, du nez, de l'oreille. Les ganglions tuberculeux ont une mobilité moins grande, une consistance moins homogène que les lymphadénomes ; entourés d'une atmosphère inflammatoire, ils deviennent adhérents, se ramollissent, et finissent par ulcérer la peau pour donner issue à une

suppuration longue et intarissable. Cependant, l'adénite tuberculeuse peut présenter l'aspect du lymphadénome. M. Routier a observé l'hôpital Laënnec une jeune malade qui présentait un engorgement ganglionnaire volumineux de chaque côté du cou, dans les deux régions axillaires et inguinales. Les ganglions furent reconnus tuberculeux après leur ablation; la masse enlevée pesait 775 grammes. On a vu d'autre part des lymphadénomes à forme molle, chez des jeunes sujets, présenter une sorte d'empâtement, une fausse sensation de fluctuation qui les a fait prendre pour des abcès tuberculeux. L'incision ne donne issue qu'à du sang, et le malade succombe rapidement à la généralisation des tumeurs. D'après M. Reclus, les lymphadénomes mous auraient à leur centre « une dépressibilité uniforme, tandis que les ganglions tuberculeux présentent, à côté de bosselures fluctuantes, des nodosités où les noyaux encore crus résistent sous le doigt. » (*Cliniques chir. de l'Hôtel-Dieu.*)

Tumeurs néoplasiques. — L'excessive rareté du cancer primitif, comparée à la fréquence des autres tumeurs ganglionnaires, doit le faire rejeter *a priori;* d'ailleurs, ses signes sont mal connus, en raison même de sa rareté. Quant au cancer secondaire, on ne pourra l'éliminer qu'après avoir fait sans résultat un examen minutieux de la face, de la cavité buccale, du larynx et même de l'œsophage. Si la lésion primitive est trop profondément située pour être reconnue, « on pourra, dit Humbert, tenir compte dans une certaine mesure des caractères extérieurs de la tumeur. L'adénite cancéreuse se présente

au début sous la forme d'une tumeur de dureté ligneuse, sans bosselures ni lobes isolés ; enfin elle peut être le siège de douleurs à forme névralgique qui se propagent au loin sur le trajet des nerfs. Ce symptôme aurait, d'après Duplay, une grande importance. » Plus tard, quand les tissus voisins sont envahis et ulcérés, que cette ulcération devient le siège d'une suppuration de mauvaise nature, le diagnostic s'impose de lui-même.

Le sarcome des ganglions lymphatiques, qu'il soit primitif ou secondaire, est également très difficile à reconnaître cliniquement ; le diagnostic est même impossible au début. D'ordinaire, le sarcome est plus mou que le lymphadénome ; au bout d'un temps plus ou moins long, il perfore la capsule ganglionnaire et envahit les tissus voisins et la peau. La généralisation est tardive, et la tumeur évolue sur place avec ses caractères de malignité, tandis que le lymphome malin se distingue par la rapidité de sa généralisation. Le sarcome est beaucoup plus fréquent que le cancer.

Remarque. — Il ressort de ce chapitre que le diagnostic différentiel du lymphadénome est souvent très difficile. Or, l'existence de tumeurs lymphadéniques semblables en d'autres points du corps facilitera beaucoup ce diagnostic. Aussi, ne doit-on pas manquer d'examiner avec soin toutes les régions ganglionnaires, de palper l'abdomen (ganglions mésentériques et pelviens), d'ausculter et percuter la poitrine (ganglions bronchiques), de percuter le foie et la rate, d'examiner le sang, enfin d'interroger toutes les fonctions.

Suivant MM. Terrier et Quenu, il faudrait même dans tous les cas enlever d'abord un ganglion pour en faire des inoculations et des cultures. Si l'on trouve le microbe de la septicémie ou celui de la tuberculose, c'est que les tumeurs sont de nature inflammatoire ou tuberculeuse.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

On connaît mal les causes qui président à l'apparition de la lymphadénie; les auteurs lui attribuent un début insidieux, sans que rien dans les antécédents du malade, rien dans les conditions hygiéniques où il vit, puisse faire soupçonner l'origine du mal. L'influence du climat a-t-elle quelque importance? Existe-t-il certaines professions, certains milieux qui favorisent l'éclosion de la maladie? Toutes questions qui, dans l'état actuel de nos connaissances, demeurent sans solution.

Le lymphadénome paraît plus fréquent dans le sexe masculin, dans la proportion de 3 à 1 environ.

L'âge où on l'observe le plus fréquemment varie de 30 à 40 ans; mais il n'est pas rare de le constater chez des enfants même très jeunes ou chez des sujets âgés.

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle; elle ne se trouve notée dans aucune des observations connues. L'affection ne semble pas davantage se transmettre d'un individu à à l'autre. Cependant M. Barth (1) rapporte un cas très intéressant où la contagion pourrait assez vraisemblablement être incriminée; voici ce cas tel qu'il est rapporté

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1888, n° 48.

par l'auteur. « Le seul fait intéressant au point de vue étiologique était la constatation d'une lésion cutanée préexistante dans la sphère des ganglions atteints. Mais, en admettant que l'érosion eczémateuse eût pu servir de porte d'entrée à un germe morbide, d'où venait celui-ci? Dans la petite localité rurale où vivait le malade, on n'avait ouï parler, de mémoire d'homme, d'un cas semblable. Toutefois, M. J... lui-même nous fit part d'une circonstance qui l'avait beaucoup frappé. Un an avant son mariage, la mère de sa femme avait succombé à un lymphadénome cervical. Le mobilier de la morte (la chambre à coucher notamment) était revenu par héritage à sa fille, et c'est dans les meubles en question que M. J... vivait depuis dix-huit mois, quand sa propre maladie avait commencé à se manifester. »

Trousseau, et après lui bon nombre d'auteurs, ont insisté sur les lésions cutanées ou muqueuses de la face qui, dans beaucoup de cas, ont précédé l'adénie. Pour M. Verneuil (*Soc. de Chirurgie*, 1877; *thèse de Passaquay*), le lymphadénome débuterait souvent par l'hypertrophie de l'amygdale. Daniel Mollière a constaté ce mode de début dix fois sur trente-deux cas (1).

Enfin, on a incriminé différentes causes occasionnelles, telles que le traumatisme, la grossesse et l'accouchement, la malaria, l'alcoolisme. Dans un cas observé par M. Reclus, c'est à la suite d'une émotion violente (tentative d'assassinat) que le malade vit grossir rapidement une petite tumeur qu'il portait depuis quatorze ans, en

(1) *Province médicale*, 1er octobre 1887.

même temps que d'autres productions adénoïdes apparurent, notamment dans le tissu cutané (mycosis fongoïde). Mais ces causes n'agissent probablement que d'une façon secondaire, ainsi que l'a montré M. Verneuil pour les autres maladies diathésiques : elles débilitent l'organisme et le mettent en état de réceptivité morbide.

L'étiologie, comme on le voit, fournit peu de données précises capables de nous éclairer sur la nature de la maladie. Celle-ci cependant ne peut-être rapprochée que des maladies infectieuses ou des diathèses néoplasiques, comme le cancer. L'hypothèse microbienne, émise dès 1873 par M. le professeur Kelsch, est de nouveau soulevée dans le *Mémoire* de Brousses et Gérardin, dans les leçons cliniques de Barth.

L'évolution clinique de la lymphadénie offre, en effet, avec celle des maladies infectieuses plusieurs points de ressemblance :

1° Les germes infectieux restant cantonnés d'abord au voisinage de la porte d'entrée, puis manifestant bientôt leur action dans une région fort éloignée de la première ; la propagation se faisant aussi bien en sens inverse du cours de la lymphe que suivant le même sens ;

2° Accès fébriles, coïncidant avec l'invasion de nouveaux groupes ganglionnaires ;

3° Marche tantôt lente, tantôt rapide, selon que le terrain est plus ou moins favorable ; M. Kelsch a observé un cas dans lequel la maladie évolua avec la gravité d'une fièvre typhoïde ;

4° La disparition des tumeurs sous l'influence d'une

médication interne : ce qui n'arrive pour aucune autre tumeur maligne ;

5° L'influence des causes débilitantes communes à toutes les maladies infectieuses ;

6° Enfin, n'a-t-on pas trouvé et décrit un microbe spécial dans dans le mycosis fongoïde (Auspitz), et cette maladie n'est-elle pas rattachée par tous les auteurs à la lymphadénie ?

PRONOSTIC

Les auteurs sont unanimes à déclarer que le pronostic du lymphadénome est absolument fatal. « Le malade est voué à une mort certaine. Il peut, il est vrai, y avoir de très longues rémissions, laissant croire que la maladie pardonne ; il faut se garder de cette illusion et rester bien persuadé que ce n'est qu'une halte dans une marche fatalement progressive. » (D. Mollière *loc. cit.*)

Cependant, s'il est prouvé un jour que la lymphadénie est bien réellement une maladie infectieuse, le pronostic devra être fondé surtout sur l'état général du patient. Le caractère de malignité n'appartenant plus en propre au néoplasme, il y aura seulement un terrain plus ou moins favorable à l'évolution du processus morbide.

Enfin, il est une médication qui semble avoir sur cette terrible maladie une influence des plus heureuses : c'est la médication arsenicale, dont nous allons désormais nous occuper.

HISTORIQUE

du traitement arsenical.

L'idée d'employer l'arsenic dans le traitement du lymphadénome est due à Bilbroth, qui, en 1871, publia dans la *Wiener med. Wochenschrift* la première observation constatant le succès de cette méthode.

Le siècle dernier, on employait déjà en France le même remède pour combattre les tumeurs malignes. Dès 1775, Lefébure de Saint-Ildefont avait écrit à Paris un ouvrage faisant connaître un « Remède éprouvé pour guérir radicalement le cancer occulte ou manifeste et ulcéré, » et ce remède, c'était l'arsenic, employé soit à l'intérieur, soit comme topique. Tholen qui, en 1874, publie quatre nouveaux cas de lymphomes multiples, dont deux guéris par l'arsenic, donne une longue énumération des médecins allemands qui, avant Bilbroth, avaient suivi les traces de notre compatriote.

Un an après Tholen, Winiwarter donne six observations, en même temps qu'il précise les règles du traitement. Il nous apprend comment Bilbroth, découragé par les mauvais résultats de l'intervention chirurgicale, a été conduit à faire prendre à ses malades la liqueur de Fowler, comme d'autres avaient essayé avant lui de la

quinine, des sels de baryte, de l'iodure de potassium. C'est le succès de la médication arsenicale interne qui suggéra à Bilbroth l'idée d'injecter le liquide médicamenteux au sein même des tumeurs : procédé depuis longtemps employé en France par Luton, de Reims, pour diverses autres affections. Des six malades de Winiwarter, deux sont guéris, un très amélioré; les autres sont restés trop peu de temps en traitement pour qu'on puisse juger chez eux du résultat.

Bientôt les observations se multiplient, en Allemagne et à l'étranger. Le professeur Czerny, à Fribourg, se fait le champion de la méthode des chirurgiens de Vienne. Israël, Esmark, Zezas. Korach, Kœbel publient nombre de cas à l'appui de cette méthode, qui est employée avec non moins de succès en Italie (Minich Angelo, Ceccherelli), en Angleterre (Lewis, Cobells), en Suède (Warfwinge). En 1884, la *Soc. de méd. de Berlin* met à l'ordre du jour d'une de ses séances la question du traitement des lymphomes malins par l'arsenic (1). Il est communiqué au cours de cette séance une série de onze cas de guérison due à l'arsenic, administré à la fois à l'intérieur et en injections parenchymateuses (Karewski, Grümmach, Lewandoski, Gueterboch, Küster).

Bien que la méthode de Bilbroth ait été de bonne heure vulgarisée en France, il n'existe qu'un très petit nombre de travaux sur le traitement arsenical des lymphadénomes, traitement qui cependant était mis en œuvre

(1) *Analyse in Revue des sciences médicales*, n° 26, page 526, et *Bulletin général de thérapeutique méd. et chir.*, 1884.

dès 1873 par M. Panas, à Lariboisière (cas rapporté dans la thèse d'ag. de M. Humbert, p. 82). Nous n'avons rien trouvé qui pût nous aider dans notre tâche, en dehors de quelques leçons cliniques (Terrillon, 1883 et 1884; Reclus, 1887; Barth, 1888).

EFFETS DE LA MÉDICATION

Ce qui caractérise la méthode allemande, ce sont les doses élevées d'arsenic employé sous forme de liqueur de Fowler : quarante et cinquante gouttes par jour à l'intérieur ; dix gouttes, soit une demi-seringue (1) en injections parenchymateuses.

D'après Trousseau et Pidoux, la solution de Fowler doit contenir exactement 1\100e de son poids d'acide arsénieux, et 2/100e d'arsénite de potasse. Or, chaque goutte de cette solution pèse environ 0,04 centigrammes ; cinquante gouttes correspondent à 2 grammes de liqueur, c'est-à-dire à 2 centigrammes d'acide arsénieux.

Les effets généraux dûs à la médication arsenicale varient nécessairement selon les doses employées, et aussi selon chaque individu ; les premiers symptômes d'intolérance marquent la limite où l'on doit s'arrêter. Voici, d'après les deux auteurs cités plus haut, quels sont les signes observés :

« Si l'on administre l'arsenic d'une façon continue, à

(1) 1 gr. de liq. de Fowler équivaut à 23 gouttes.

la dose de 20 à 30 milligrammes, la soif augmente, ainsi que l'appétit, les évacuations alvines deviennent plus fréquentes. Il y a une légère augmentation de la chaleur et de la fréquence du pouls ; la transpiration et l'excrétion urinaires sont plus abondantes, tous phénomènes que Harles compare à une sorte de fièvre rémittente... Il faut ajouter à ces symptômes d'autres que l'on regarde en général comme une preuve de la saturation arsenicale. Ce sont des démangeaisons aux extrémités des doigts et aux conjonctives, avec injection des yeux, couleur rouge cuivreuse des paupières, et parfois même des éruptions de petites pustules ou d'ecthyma. Fowler, qui avait une grande expérience des préparations arsenicales, regardait ces effets comme désirables et devant précéder l'action thérapeutique; il les appelait *opérative effects*. »

Trousseau raconte qu'il a pris jusqu'à 8 centigrammes à la fois d'acide arsénieux, sans éprouver autre chose qu'une excitation générale analogue à celle que produirait une forte quantité de café. C'est là une exception, car on observe souvent des symptômes d'empoisonnement (diarrhée, vomissements, hémorrhagies) avec des doses bien inférieures.

Examinons maintenant, d'après Winiwarter, les effets locaux dans le cas particulier qui nous occupe.

A Vienne, on se sert d'un mélange à parties égales de teinture amère et de liqueur de Fowler ; on commence par cinq gouttes par jour ; puis on monte de cinq à dix, de dix à vingt jusqu'à cinquante gouttes et plus. On s'arrête quelques jours toutes les fois que les troubles généraux sont trop accusés. Pour les injections, on se sert de

liqueur de Fowler avec partie égale d'eau simple, mélange dont on injecte d'abord une division de la seringue pour arriver progressivement jusqu'à une demi-seringue tous les deux jours.

Tout d'abord, les glandes tuméfiées devienent douloureuses, les paquets dont elles se composent paraissent plus nettement isolables. Du huitième au dixième jour, les douleurs deviennent intenses, surtout au niveau des piqûres ; néanmoins, la peau ne semble pas modifiée dans sa coloration. Bientôt les tumeurs semblent se rétracter, tandis que leur consistance augmente. La fièvre apparaît généralement de bonne heure ; Winiwarter l'attribue au passage dans le sang des détritus glandulaires détruits et résorbés. Plus elle est intense, plus les tumeurs diminuent rapidement. On doit rapprocher ce fait de celui-ci, observé par Busch, par Reclus, par Féréol, etc., que souvent les lymphomes diminuent pendant le cours de maladies fébriles (érysipèle, rhumatisme articulaire aigu).

Les choses ne se passent pas toujours comme il vient d'être dit ; dans beaucoup de cas, la guérison se fait longtemps attendre et s'opère sans réaction violente de l'organisme.

Un phénomène assez fréquent, et qui pour cela même doit être décrit dans ce chapitre, c'est la suppuration des ganglions. Karewski l'a vu survenir deux fois, *sans qu'aucune injection ait été pratiquée ;* d'autres après lui ont souvent constaté le même fait (Barth, Reclus, etc.). Après incision, le tissu mortifié de la glande s'élimine avec le pus, et la cicatrisation s'opère rapidement. Les abcès sont beaucoup plus fréquents au niveau des

piqûres, soit par défaut de précautions antiseptiques, soit par suite de l'injection d'une trop grande quantité de liquide. Aussi Karewski recommande-t-il de ne jamais dépasser dix gouttes (une demi-seringue) et de laisser au moins deux jours d'intervalle entre chaque piqûre.

INCONVÉNIENTS

En dépit de sa simplicité, le traitement arsenical n'est pas sans offrir un certain nombre d'inconvénients, qui mettent à l'épreuve le courage et la patience du malade.

Ce sont d'abord des douleurs assez vives au niveau des glandes malades, douleurs soit spontanées, soit dues aux piqûres. Ensuite, un état fébrile quelquefois assez accentué, avec exacerbations vespérales, même en dehors des abscès. Ces phénomènes sont si intimement liés à l'influence thérapeutique, qu'ils doivent plutôt être considérés comme favorables au succès.

Nous avons déjà parlé des abcès qu'on observe dans un grand nombre de cas ; une fois incisés, ces abcès guérissent facilement sans jamais laisser de fistule.

Les malades se plaignent quelquefois de céphalalgie, coïncidant avec une pharyngite, un coryza aigu, des bourdonnements d'oreille, des troubles oculaires ; la face est souvent congestionnée.

On a noté des éruptions cutanées diverses (pustules, ecthyma), des démangeaisons aux extrémités, une teinte terreuse des téguments. Chez une malade de Karewski qui ne pouvait supporter l'arsenic à l'intérieur, on vit sur-

venir, après plusieurs injections hypodermiques, en même temps qu'un mieux accentué, un exanthème nodosiforme, brillant, rouge cuivreux, siégeant aux extrémités du côté des extenseurs. Cet exanthème disparut par la cessation des injections.

Certains malades manifestent une telle susceptibilité vis-à-vis de l'arsenic que des doses ordinaires font apparaître chez eux des signes d'empoisonnement, nausées suivies de vomissements, diarrhée profuse, amaigrissement rapide. Dans un cas rapporté par Tholen, une tumeur ganglionnaire énorme céda rapidement à l'administration de liqueur de Fowler ; mais il se développa bientôt un état hémophilique grave qui obligea le médecin à suspendre la médication.

Hâtons-nous maintenant de dire que tous les inconvénients, réunis en un même tableau pour la facilité de la description, sont loin de se présenter dans tous les cas. Le plus souvent, l'arsenic est bien toléré, si l'on a soin de ne donner que de faibles doses au début, pour augmenter ensuite progressivement. D'ailleurs, tous ces phénomènes alarmants disparaissent comme par enchantement, lorsqu'on laisse à l'organisme seulement quelques jours de repos. Un laxatif ou un diurétique donné de temps en temps préviendra ou modifiera les effets fâcheux du médicament.

La durée souvent longue du traitement est encore, suivant l'expression de M. Barth, une pierre d'achoppement qui fait que les malades se découragent et renoncent à se laisser soigner. « Il faut, dit cet auteur, que le patient soit bien convaincu de l'importance du but à

atteindre et qu'il ait une grande confiance dans son médecin pour ne pas se soustraire à un traitement qui lui semble plus pénible que la maladie elle-même. » M. Barth rapporte trois observations où l'amélioration ne s'est manifestée qu'au bout de cinq mois dans un cas, quatre mois dans un autre, et trois mois et demi dans le premier. Chez un malade de Czerny, la guérison est survenue après six mois de traitement : il avait pris à l'intérieur 746 gouttes de liqueur de Fowler (ce qui ne fait qu'une moyenne de 4 gouttes par jour) et subi 76 injections de 10 gouttes chacune (une tous les trois jours).

MODE D'ACTION

C'est en dehors de toute idée préconçue que l'arsenic fut employé, au début, contre le lymphome malin. Bilbroth nous dit même que « ce triomphe thérapeutique est, à ses yeux, une défaite regrettable pour la thérapeutique rationnelle, » et Tholen y voit la confirmation des idées qui jadis avaient cours sur l'efficacité de l'arsenic contre le cancer.

Cependant, quelques hypothèses ont été émises sur cette question ; nous allons les exposer brièvement. Rappelons d'abord, pour préciser, que la médication arsenicale a donné d'aussi beaux succès dans des cas où la liqueur de Fowler a seulement été prise à l'intérieur, que dans d'autres où l'on a de plus pratiqué des injections intraglandulaires. Il ne s'agit donc pas *exclusivement* d'une action résolutive locale, mais surtout d'une influence générale que produit le médicament quand il est absorbé, soit par la voie gastrique, soit par la voie hypodermique.

Quelques auteurs font de l'arsenic un spécifique qui arrête le développement du lymphadénome, tout comme le mercure et l'iodure de potassium arrêtent la marche de la syphilis. « Admettons un instant que le germe de l'in-

fection lymphatique soit un microbe pathogène venu du dehors, quelque chose d'analogue à ces pseudo-tuberculoses décrites par Malassez et Vignal, etc. ; on comprend l'action élective d'une substance minérale (l'arsenic) sur ce microbe et sur ses produits, ainsi que l'impuissance du même agent thérapeutique dans des affections cliniquement analogues, mais de nature différente (Barth, *loc. cit.*). »

D'autres expliquent par des actions chimiques l'influence de l'acide arsénieux. « On sait que les acides arsénieux et arsénique sont des agents d'oxydation et que les produits de leur réduction sont facilement oxygénés de nouveau. Il est probable que, dans l'économie, l'acide arsénieux subit une série d'oxydations et de réductions successives, au contact des tissus dont la nutrition est très active. L'exagération de la combustion dans certains organes expliquerait l'influence destructive de l'arsenic sur les ferments figurés, l'atténuation des effets du poison de la malaria, la résorption des lymphomes. » (C. Binz et H. Schülz, *Centrablatt für die med. Wissensch*, n° 2, 1879.)

Enfin M. Verneuil, comparant l'action de l'arsenic à celle du phosphore, suppose que ces médicaments agissent en provoquant la stéatose des néoplasmes.

OBSERVATION I

Communiquée par M. Reclus à la Société de Chirurgie (13 nov. 1889).

M. X..., employé de commerce, âgé de 24 ans, a, vers la fin de 1886, vu apparaître derrière l'angle de la mâchoire, à gauche, une petite tumeur dure, indolente et mobile, qui grossit peu à peu. Un deuxième ganglion se montra au voisinage, puis un troisième, un quatrième, qui finirent par se fusionner, et bientôt la région tout entière se trouva occupée par une masse irrégulière, bosselée, autour de laquelle étaient groupés des ganglions indépendants. C'est ainsi que la chaîne fut envahie d'une manière progressive de l'oreille à la clavicule. En même temps, à droite, en un point symétrique, un ganglion se montrait, centre futur d'une néoformation semblable à celle du côté opposé, et, en avril 1887, lorsque le malade nous consulta, la double chaîne avait acquis un énorme développement.

L'engorgement bilatéral était tel que le cou avait complètement disparu ; le cône thoracique se continuait directement jusqu'à la face, en comblant la dépression cervicale. Mais les ganglions des autres régions ont leur volume normal ; le foie et la rate sont sains, et les globules blancs du sang pas plus nombreux qu'à l'ordinaire. La seule chose que nous devions noter ce sont des poussées fébriles assez vives à chaque stade nouveau dans l'hyperplasie ganglionnaire ; un accès survenait, et, à sa suite, on constatait des tumeurs surajoutées au massif central primitif.

Le traitement arsenical est institué au commencement d'avril 1887. La dose de liqueur de Fowler, qui était de dix gouttes par jour au début, est augmentée quotidiennement de deux gouttes. En même temps, on pratique des injections interstitielles de liqueur de Fowler dédoublée : quatre gouttes d'abord, tous les deux jours, puis progressivement jusqu'à dix gouttes.

A un moment, le malade absorbait jusqu'à soixante-cinq gouttes par jour de liqueur de Fowler ; c'est alors que parurent des accidents d'intoxication, sécheresse de la gorge, picotement des yeux, rougeur des pommettes, fièvre, diarrhée persistante avec intolérance gastrique.

En plusieurs points, où les injections avaient été très abondantes et très souvent répétées, il se forma des abcès qui s'ouvraient, donnaient issue à une certaine quantité de pus, puis se cicatrisaient spontanément.

Après deux mois de traitement, l'amélioration est très notable : la masse centrale a diminué de moitié ; les ganglions agglomérés s'isolent et deviennent indépendants, leur résistance est moindre. L'état général est excellent, et le malade quitte le service.

Il rentre au mois de novembre en pleine récidive ; la tumeur est aussi volumineuse qu'avant notre traitement. Nous y revenons, et, au bout de trois mois, la diminution est de nouveau très considérable. Nouvelle sortie, récidive aussi prompte. Le malade nous suit à Tenon, à Bicêtre, à Broussais. Au commencement de 1889, nous prescrivons, avec l'arsenic, le phosphure de zinc, deux à huit pilules de 8 milligrammes par jour. Le résultat fut excellent ; lorsque le malade nous quitte, au mois de juin, la tumeur a diminué de plus des trois quarts. Elle a complètement disparu par la suite, et, après les vacances, je ne trouvais plus que trois petits gan-

glions, deux à droite, un à gauche, et révélés seulement par la palpation ; il n'existe plus de saillie appréciable à l'œil.

OBSERVATION II

(Reclus, Soc. de Chir., 1889).

En 1887, je fus consulté par un fabricant de chaussures, ayant dépassé la cinquantaine, et qui portait au cou une énorme masse ganglionnaire ; elle descendait de l'apophyse mastoïde au sternum, déviait le larynx en avant et en arrière, envoyait des masses bosselées sur le trapèze ; quelques petits ganglions indépendants et mobiles s'avançaient vers la clavicule. La tumeur, comme dans le cas précédent, avait commencé par une petite boule dure, molle, indolente, développée en arrière de l'angle de la mâchoire ; puis, au milieu de quelques poussées fébriles, avait pris en trois mois le volume que nous constations alors. M. Verneuil, appelé en consultation, avait cru tout d'abord à une énorme dégénérescence secondaire consécutive à un épithélioma, ignoré et latent, de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Mais il se rattacha bientôt au diagnostic de lymphadénome.

Le traitement arsenical fut institué : liqueur de Fowler à doses progressives, et qui, dans ce cas, ne dépassèrent jamais quarante-cinq gouttes par jour ; injection interstitielle de liqueur dédoublée répétée trois fois par semaine. Cette médication fut difficilement tolérée. Il fallut une excessive patience de notre part, et surtout de la part de la femme du malade, pour faire accepter le traitement, d'autant plus qu'au début le cou grossit encore. Il survint de la tuméfaction inflammatoire, et de petits abcès se formèrent au niveau de quelques

foyers d'infection ; ils s'ouvrirent, laissant passage à des débris de ganglions ; leur cicatrisation fut très rapide.

Bientôt, la chaîne ganglionnaire commence à s'affaisser. Nous cessons l'arsenic ; la tumeur reparaît ; nous le reprenons, les mêmes phénomènes surviennent; mais, cette fois-ci, la disparition du mal fut à peu près complète.

Au commencement de 1888, il restait à peine quelques ganglions, qui fondirent avant la fin de l'année.

Nous avons revu notre fabricant ces jours-ci, et la guérison s'est maintenue. Toute trace de tumeurs a disparu.

OBSERVATION III

(Reclus, Soc. de Chir., 13 nov. 1889).

Je soigne depuis cinq ans un notaire de province, âgé de 37 ans, qui porte dans la région cervicale une tumeur ganglionnaire en tout semblable à celle que nous venons de décrire chez nos deux malades précédents, sauf qu'ici elle est unilatérale. Même apparition, dans l'angle de la mâchoire, d'une tumeur indolente et mobile, à laquelle se sont unies bientôt d'autres tumeurs, de manière à former une masse volumineuse, grosse comme le poing, s'avançant en bas jusqu'à la clavicule, et débordant de toute part la région carotidienne.

Les poussées ganglionnaires, survenues à la suite d'accès fébriles, assez intenses chez le premier malade, beaucoup moins marqués chez le deuxième, se montrent ici au milieu de véritables accès, semblables, par leur allure, à ceux d'une intoxication paludéenne.

Bien qu'il fût robuste et qu'il n'eût dans ses antécédents

aucun accident de scrofule, le malade fut traité, en province, par l'huile de foie de morue à haute dose et les bains de Salies de Béarn ; mais le résultat fut désastreux, la tumeur ayant acquis pendant ce temps un énorme volume.

Le traitement arsenical est institué six mois après le début du mal. La liqueur de Fowler a été prise par dose quotidienne de 35 à 40 gouttes, sans provoquer d'accidents d'intoxication. Au bout de trois semaines, la chaîne ganglionnaire a commencé à diminuer de volume, mais le malade abandonne trop tôt l'arsenic et se confie aux soins du premier venu.

Il n'est pas de médecin, pas de rebouteur que M. X... n'ait consulté pour son mal; mais il revient toujours à l'arsenic, car, d'une manière mathématique, la tumeur augmente lorsqu'il cesse d'en prendre, pour décroître lorsqu'il y a recours. Vers la fin de l'année dernière, étant sur le point de se marier et désireux de se guérir complètement, M. X... prend des doses d'arsenic telles qu'il subit un commencement d'intoxication (nausées et vomissements, diarrhée, coliques).

Au mois de janvier 1889, après un repos de quatre mois, le malade vient nous trouver à Paris : toutes les tumeurs ont disparu, sauf un ganglion du volume d'un œuf de pigeon, situé en arrière de l'angle de la mâchoire. A l'heure actuelle, ce ganglion n'a pas encore disparu, mais il n'a aucune tendance à s'hypertrophier de nouveau.

OBSERVATION IV

Recueillie par M. le docteur Picqué, chef de clinique. (Service de clinique chirurgicale, Charité ; M. Berger, suppléant.)

La nommée L..., 18 ans, couturière, entre, le 18 janvier 1883, salle Sainte-Catherine, n° 10.

Antécédents. — Adénites cervicales pendant l'enfance, n'ayant jamais suppuré ; aucune trace de scrofule : pas d'otorrhée ni d'affections oculaires. Se plaint depuis de longues années de douleurs vagues dans le dos et les épaules. Menstruation régulière depuis l'âge de quinze ans.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère vivent encore ; le premier souffre d'une affection abdominale mal déterminée. La malade a des frères et n'en a pas perdu.

Etat actuel. — Depuis deux ans, la malade porte au cou une tumeur au niveau de l'angle de la mâchoire ; cette tumeur, qui est restée pendant longtemps stationnaire, a pris depuis trois mois une extension considérable.

M. Berger décrivait de la façon suivante, dans une leçon clinique, les lésions présentées par la malade à son entrée à l'hôpital :

A gauche, il existe une tumeur considérable, noueuse, formée de plusieurs nodosités siégeant à l'angle de la mâchoire, glissant les unes sur les autres, molles, indolentes, et donnant à la tumeur un aspect lobulé. La peau est soulevée, non adhérente, mobile sur les parties sous-jacentes.

Dans le creux sus-claviculaire, on trouve un chapelet non interrompu de nodosités isolées, peu volumineuses, indépendantes les unes des autres et très mobiles. Du côté opposé, on retrouve des lésions analogues, mais moins prononcées.

On n'observe nulle part ailleurs d'autre tumeur semblable; rate normale, foie petit, le sang n'a pas été examiné. Rien aux poumons.

Il est certain que, dans ce cas, il est très difficile de se prononcer d'une façon certaine. Quand il existe des antécédents scrofuleux, on doit pencher vers la tuberculose ; s'ils manquent, on n'a certes pas le droit d'écarter cette hypothèse,

surtout lorsque, comme chez notre malade, il n'existe aucun signe de lymphadénie viscérale.

Tout en tenant compte de ces difficultés, M. Berger soumet la malade au traitement général arsenical, du 20 janvier au 5 mars, Amélioration très notable.

OBSERVATION V

Recueillie par M. le docteur Picqué, chef de clinique.

Lymphadénome de l'aisselle.

D.... Claire, 18 ans, vient consulter, le 25 mars 1883, M. le docteur Berger, suppléant de M. le professeur Gosselin, à la Charité.

Menstruation régulière depuis l'âge de 14 ans. Leucorrhée abondante. Pas d'antécédents scrofuleux. Rien à noter du côté des ascendants.

L'affection qui l'amène à l'hôpital consiste dans une tuméfaction notable de la paroi antérieure de l'aisselle droite, et dont le début remonte à un an et demi.

Cette tuméfaction est restée constamment indolente, mais depuis six mois elle a pris un développement rapide.

Etat actuel. — La paroi antérieure de l'aisselle est manifestement soulevée; le pli interdeltoïdo-pectoral est effacé; la tuméfaction s'étend de haut en bas de la clavicule au bord inférieur du grand pectoral, et s'étend en dedans jusqu'aux limites du triangle sous-claviculaire; en dehors, jusqu'au pli interdeltoïde-pectoral qu'elle soulève, mais ne dépasse pas.

La tumeur, mobile dans tous les sens, s'immobilise pendant la contraction du grand pectoral. Elle est d'une consis-

tance molle, parfaitement appréciable sous la clavicule et dans le creux de l'aisselle, où la main peut facilement l'explorer.

Aucun engorgement ganglionnaire au niveau du cou ni dans aucune autre région. Aucune tuméfaction de la rate ni du foie. L'examen du sang n'a pas été fait.

M. Berger diagnostique d'une façon ferme l'existence d'un lymphadénome, et soumet la malade au traitement arsenical à l'intérieur (trente gouttes pendant six semaines, avec des interruptions obligées). Au bout de ce temps, la tumeur a presque entièrement disparu. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION VI

Recueillie par M. le Docteur Picqué, chef de clinique.

Le nommé V..., 25 ans, maçon, entre le 27 juin 1883, salle Sainte-Vierge, n° 29 *bis*, dans le service de M. le docteur Berger, suppléant de M. le professeur Gosselin.

Antécédents. — A la suite d'une brûlure de chaux, le malade a perdu l'œil gauche et présenté quelques phénomènes sympathiques du côté droit, à la suite desquels on lui pratiqua l'énucléation de son moignon au mois de janvier dernier. Il n'a jamais été malade; sa mère est morte à 52 ans, d'une affection cardiaque.

Il revient aujourd'hui dans les salles pour une tuméfaction volumineuse qu'il présente dans la région cervicale du côté droit, et dont le début remonte à six mois. Cette tuméfaction est restée constamment indolore, mais son augmentation progressive inquiète le malade et le décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — On constate à l'angle de la mâchoire du côté droit une énorme tuméfaction de consistance molle, sans bosselures, mobile sur les parties sous-jacentes. La peau est intacte à son niveau et glisse facilement sur la tumeur.

Au-dessous d'elle et en arrière du sterno-mastoïdien, existe une chaîne de ganglions indolores à la pression, mobiles, peu volumineux, nettement séparés les uns des autres, de consistance également molle. Cette chaîne ne se prolonge pas dans l'aisselle.

La tumeur est bien nettement unilatérale, et il n'existe de tuméfaction dans aucune autre région ganglionnaire. L'exploration du médiastin est négative. La rate est un peu volumineuse ; l'examen du sang n'a pas été fait La santé générale est restée bonne ; mais le malade a un peu maigri depuis quelque temps.

Le traitement arsenical est institué à l'intérieur pendant six semaines (trente gouttes par jour).

La disparition se fait progressivement : elle est complète au bout de six semaines, et le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Nota. — J'ai revu le malade quelques mois après, à l'hôpital Necker, où il faisait un service d'infirmier. La tumeur avait reparu presque aussi volumineuse qu'avant. Désireux de suivre ce malade, je suis revenu le voir plusieurs fois à l'hôpital et j'ai constaté, après un nouveau traitement arsenical, que la tumeur avait disparu de nouveau. Je ne l'ai pas revu depuis.

OBSERVATION VII

Recueillie par M. le docteur Picqué, chef de clinique.

D... Eugène, dessinateur, 39 ans, entre le 17 février 1883,

salle Sainte-Vierge, à la Charité, dans le service de clinique chirurgicale.

Antécédents. — Le malade raconte qu'il a eu à plusieurs reprises, dans son enfance, des engorgements ganglionnaires du cou, sans suppuration, sauf à l'âge de 3 ans, où il eut un abcès de la région sous-maxillaire.

A l'âge de 23 ans, pendant son service militaire, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a duré six semaines. Il y a seize mois, nouvelle attaque de rhumatisme ; avant cette attaque, il avait au niveau de l'oreille gauche et au niveau de la région temporale, deux tuméfactions qui se sont passées durant l'attaque. La deuxième était, au dire du malade, très dure. Il fut traité alors par le salicylate de soude jusqu'à la dose de 10 grammes par jour.

Pas d'affection vénérienne. Etat général excellent.

Aucun antécédent à noter dans sa famille, sa mère est morte d'une affection cardiaque.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a huit mois par une tuméfaction au-dessous de l'angle de la mâchoire ; cette tuméfaction a progressivement augmenté de volume jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Sur le conseil de M. Tillaux, il prit d'abord pendant deux ou trois mois six gouttes de teinture d'iode. Ce traitement ayant échoué, il se décida alors à venir consulter à l'hôpital de la Charité.

Etat actuel.— Il existe au-dessous de l'angle de la mâchoire une tuméfaction considérable, lisse, non lobulée, de consistance molle partout égale, mobile sur les parties sous-jacentes, indolente à la pression. A son niveau, la peau est mobile et glisse facilement sur la tumeur.

Le sterno-mastoïdien correspondant est soulevé par une chaîne ganglionnaire formée de nodosités séparées les unes

des autres, mobiles et de consistance molle, petites, indolentes à la pression comme à la tumeur principale.

Le malade déclare cependant ressentir quelques élancements depuis le traitement arsenical.

Il n'existe de tuméfaction ganglionnaire nulle part ailleurs. Rien dans le médiastin. La rate et le foie sont normaux. L'état général est excellent.

Pendant quinze jours, le malade prend 5 gouttes de liqueur de Fowler à l'intérieur; à partir de cette époque, la dose est augmentée d'une goutte tous les deux jours, jusqu'à concurrence de 32 gouttes, moment auquel le traitement est suspendu en raison de la diarrhée que présente le malade.

Pendant ce temps, la tumeur a très notablement diminué. Le traitement est repris comme précédemment, après huit jours d'interruption : au bout d'un mois et demi, la tumeur a complètement disparu. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION VIII

Récueillie par M. le docteur Picqué, chef de clinique.

Le nommé G... Joseph, 24 ans, garçon de magasin, entre le 7 avril 1883 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 38 bis.

Ce malade ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire du tuberculose.

Depuis dix-huit mois, il présente au côté gauche du cou une tuméfaction ganglionnaire, unilatérale. Pas d'engorgement axillaire ni dans aucune autre région. Rien dans le médiastin.

La tuméfaction est unique, elle siège derrière l'angle de la

mâchoire et présente les mêmes caractères de mollesse et de mobilité que dans les quatre observations précédentes.

L'état général est mauvais : la rate est très volumineuse, le foie déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes ; la numération des globules n'a pas été faite.

Le malade est soumis pendant un mois à la liqueur de Fowler, à la dose de 15 gouttes. Sous l'influence de ce traitement, il y a une diminution sensible de la tumeur, mais le malade quitte l'hôpital avant d'avoir subi un traitement suffisamment prolongé.

Aucune amélioration viscérale.

OBSERVATION IX

Recueillie par M. le docteur Picqué, chef de clinique.

Le nommé B... Joseph, 24 ans, charretier, entre le 14 avril 1883 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, lit n° 18.

Il est atteint d'une fracture bimalléolaire gauche consécutive à un coup de pied de cheval.

Il présente également une tumeur dure, volumineuse, enclavée dans la région parotidienne depuis dix-huit mois. La chaîne sous-sterno-mastoïdienne est envahie : il existe dans cette région une série de nodosités mobiles, indolentes, indépendantes les unes des autres, peu volumineuses. Il en existe une dans la région sus-hyoïdienne du côté droit.

Le malade ne présente aucun antécédent héréditaire ; lui-même n'a jamais été malade. Cependant, il a présenté dans sa jeunesse de l'otorrhée qui n'a laissé persister aucune surdité. Il tousse un peu l'hiver. Alcoolisme.

On ne découvre ailleurs aucune autre tuméfaction ganglionnaire ; les viscères sont normaux.

Bien que le cas soit douteux, le malade est soumis au traitement arsenical à l'intérieur. A sa sortie de l'hôpital, vers le cinquantième jour, le malade est sensiblement amélioré.

OBSERVATION X (Résumée).

Par Bakewell (*Christchurch Hosp. New Zealand; Lancet*, 1883).

Hypertrophie bilatérale des ganglions sous-maxillaires, cervicaux, axillaires, épitrochléens, inguinaux, bronchiques ; Traitement par l'arsenic ; Guérison.

Il s'agit d'un individu de 43 ans, grand et bien musclé, de forte corpulence.

Comme antécédents, il a eu la fièvre paludéenne à l'âge de 13 ans ; excès alcooliques autrefois ; pas de syphilis ni de blennorrhagie.

La première tumeur est apparue au bras droit, un peu au-dessus du coude et en dedans : elle grossit rapidement et refoule le biceps en dehors. Les téguments sont fortement tendus à ce niveau ; la peau est rouge et luisante.

Le malade est admis le 22 mars 1883 ; il est tout à fait sourd, sa voix est criarde.

Les ganglions cervicaux de chaque côté présentent un volume énorme ; la circonférence du cou mesure 60 centimètres environ. On constate également une énorme hypertrophie des glandes sous mentales et sous-maxillaires.

Dans l'aisselle droite, on voit une masse volumineuse composée de plusieurs tumeurs, dont l'une, plus saillante, offre

la grosseur d'une orange. A gauche, les ganglions axillaires sont également hypertrophiés, mais à un moindre degré.

Les glandes inguinales sont tuméfiées de chaque côté, beaucoup moins que celles de l'aisselle.

Rien dans les régions poplitées.

La percussion pratiquée dans la région interscapulaire permet de constater une matité assez marquée, et l'on trouve, à l'auscultation, du souffle tubaire. La respiration est stertoreuse ; la voix altérée; le malade a des accès de toux.

Le sang, examiné au microscope, montrait une augmentation du nombre des globules blancs extraordinaire pour un homme d'une constitution aussi robuste.

Le 24 mars, l'augmentation de la dyspnée nécessite des préparatifs de trachéotomie. Ce jour-là, on donne au malade cinq gouttes de la solution arsenicale à prendre trois fois par jour.

Effet purgatif très marqué ; le malade va à la selle trois fois dans la matinée ; on lui donne de l'opium pour combattre la diarrhée.

Le 27, il fait remarquer lui-même que les tumeurs du cou se ramollissent.

Le 31, ces tumeurs sont manifestement moins dures, mais leur volume reste toujours le même.

7 avril. — Les mensurations donnent toujours le même résultat; mais la surveillante prétend que, pendant le sommeil, le malade n'a plus la respiration sifflante qu'il avait au début.

16 avril. — La circonférence du cou n'est plus que de 36 centimètres ; le malade ne tousse plus, la surdité a disparu. A l'auscultation, on entend le murmure vésiculoire normal de chaque côté de la poitrine ; la matité a disparu.

Depuis cette époque, les tumeurs ont toujours été en dimi-

nuant ; mais, pendant une semaine, le malade a eu des épistaxis plusieurs fois par jour.

25 juin. — Toutes les glandes ont disparu, sauf à la région cervicale du côté droit, où il reste un ganglion gros comme une amande. Le malade continue à prendre de l'arsenic, mais seulement cinq gouttes par jour.

Ainsi, lorsque le malade est entré à l'hôpital, son état semblait désespéré, l'asphyxie était imminente. Après un pareil succès, mes collègues émirent des doutes ; mais je dois dire qu'en traversant avec une aiguille la tumeur du bras droit, on en retira un liquide, qui fut examiné au microscope, et qui ne contenait que des cellules rondes semblables aux leucocytes. Cet examen fut pratiqué avant le début du traitement.

OBSERVATION XI

Par Zesas (*Wiener med. Wochenschrift*, 1882. *in Revue de Hayem*, 1883, p. 502).

Sujet de 29 ans, né de parents sains, ayant eu la fièvre intermittente à l'âge de 20 ans.

Au mois de mars 1880, il remarque un gonflement des ganglions du cou, qui, d'abord léger, ne tarde pas à prendre des proportions inquiétantes et à atteindre le volume du poing. Se trouvant à ce moment au Brésil, il entre à l'hôpital de Rio-de-Janeiro, où le médecin lui fait, pendant six semaines, des injections locales de liqueur arsenicale. Sur l'influence de ce traitement, la tumeur se réduit au volume d'une amande.

Peu d'accidents jusqu'au mois de janvier 1882 ; mais, à ce

moment, les glandes recommencèrent à grossir et le patient revint en Europe.

L'auteur le voit à Livourne et constate la présence de deux tumeurs, dont l'une, à l'angle de la mâchoire, grosse comme une poire ; l'autre, au-dessus de la clavicule, un peu plus petite. Les ganglions de l'aisselle et de la région inguinale droite, sont légèrement tuméfiés, l'amygdale gauche est rouge et un peu gonflée.

Le malade est pâle et anémié ; pas de fièvre.

L'auteur diagnostique un lymphome malin récidivant et commence le traitement le 10 juin : il prescrit dix gouttes d'un mélange de liqueur de Fowler et d'oyyde de fer, en conseillant d'augmenter progressivement jusqu'à vingt gouttes. En même temps, il injecte tous les jours, alternativement dans l'une ou l'autre masse glandulaire, quelques gouttes de liqueur de Fowler.

Au bout de deux semaines, des troubles digestifs nécessitent la diminution des doses prises à l'intérieur.

Au commencement de la cinquième semaine, les tumeurs décroissent déjà sensiblement, et, à la fin de la neuvième, elles ne dépassent plus la dimension d'une amande. L'état général du sujet est fort amélioré.

REFLEXIONS

Nous venons d'exposer onze cas de lymphadénome traités avec succès par la médication arsenicale ; il eût été facile d'en rapporter un plus grand nombre, que nous avons seulement mentionnés chemin faisant. Au cours des dernières séances de la Société de Chirurgie (13 et 20 nov. 1889), de nouvelles observations ont été publiées. (Prengrueber, Reclus, Berger.) Dans beaucoup de ces cas, la guérison obtenue a été durable ; s'il y a récidive, la reprise du traitement en a facilement raison.

Nous n'oublierons pas qu'à côté des faits nombreux où l'amélioration a été aussi complète que possible, il en est d'autres, malheureusement, où les tumeurs n'ont été nullement influencées par le traitement, ou sont réapparues après une guérison passagère. L'insuccès, dans ces cas, nous paraît tenir à diverses causes :

1° Souvent l'on croit avoir eu affaire à un lymphadénome, tandis que l'évolution ultérieure de la maladie se rapproche de celle du sarcome;

2° Dans beaucoup de cas, l'échec de la méthode est due à l'indocilité du malade, qui se laisse trop tôt gagner par le découragement ou qui abandonne le traitement avant que la guérison soit complète. D'autre part, l'insuccès peut tenir à l'insuffisance des doses employées ;

3° S'il est avéré que la maladie est de nature infectieuse,

il ne faut pas oublier que ces maladies affectent dans quelques cas un caractère de malignité tel, que les remèdes, même les plus éprouvés ne peuvent en arrêter la marche fatale.

Pour achever de nous édifier complètement au sujet de cette médication, il convient de la comparer, au point de vue des résultats, avec les autres genres de traitement.

Nous ne nous occuperons pas des nombreux agents thérapeutiques, employés de tous temps contre les adénopathies en général, qui ont été de même essayés contre le lymphadénome : le séton, les réfrigérants, la chaleur, l'électricité, la compression, le massage, l'écrasement, la cautérisation, toute la série des topiques résolutifs ou révulsifs ; enfin les injections interstitielles de teinture d'iode, de nitrate d'argent, etc. (méthode de Luton.)

Comme médicaments internes, le mercure, les iodures alcalins, la quinine ont été donnés sans succès. Le phosphore, employé dans quelques cas par M. Verneuil, aurait donné d'assez bons résultats ; Grockler en rapporte un exemple dans sa thèse. En Angleterre, Broadbent s'en déclare très partisan ; mais ses compatriotes rejettent tous ce médicament comme trop infidèle et difficile à manier.

On a préconisé aussi le traitement hydro-minéral : les eaux de Bussang, de Plombières, de Vichy, de la Bourboule auraient amené, dans quelques cas, très rares il est vrai, la disparition des tumeurs. L'influence curative de ces eaux est due vraisemblablement à leur richesse en arsenic.

Il nous reste à parler maintenant du traitement chirur-

gical, l'extirpation des tumeurs. Cette question vient d'être discutée dans les dernières séances de la Société de Chirurgie, et les opinions qui furent émises diffèrent assez les unes des autres. Nous nous bornerons à les résumer brièvement.

M. Reclus repousse formellement l'intervention dans tous les cas où l'on soupçonne un lymphadénome. « J'ai vu, dit-il, enlever sept lymphadénomes par Verneuil, trois par Trélat, et dans ces dix faits, la récidive survint, sous nos yeux, de quelques jours à quelques semaines. Un malade de Bouilly est opéré en août ; en septembre, il est repris ; il est opéré de nouveau, et de nouveau, le mal reparaît. Les Allemands n'ont pas été plus heureux; c'est ainsi que, sur neuf opérés de Busch, un seul a survécu pour succomber à une récidive. » (*Cliniques chir. de l'Hôtel-Dieu.*) M. Berger partage absolument cette manière de voir.

Pour MM. Terrier et Humbert, il faudrait opérer, et cela le plus tôt possible, car la plus petite tumeur peut devenir un foyer d'infection secondaire.

En présence de l'impossibilité de faire un diagnostic certain, MM. Verneuil et Trélat se déclarent également partisans de l'intervention, parce que, selon M. Verneuil, bon nombre d'hypertrophies ganglionnaires regardées comme des lymphadénomes sont de nature bénigne; et, suivant M. Trélat, parce que la plupart de ces hypertrophies sont de nature tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, soit, M. Trélat reconnaît que l'abstention est de rigueur, si le diagnostic de lymphadénome peut être établi d'une façon certaine.

CONCLUSIONS

1° Bien que la lymphadénie ressemble par son allure aux maladies infectieuses, la pathogénie de cette maladie est encore à peu près inconnue.

2° Les lymphadénomes acquièrent souvent un volume énorme, et la peau n'est presque jamais ulcérée ; la généralisation est ordinairement rapide.

Le lymphosarcome évolue sur place avec ses caractères de malignité propre (envahissement des tissus voisins et de la peau). Quand il n'ulcère pas la peau et qu'il se généralise de bonne heure, le diagnostic est impossible.

3° L'arsenic, impuissant contre le lymphosarcome, est susceptible de provoquer la résorption du lymphadénome, local ou généralisé. Il y a donc lieu d'administrer la liqueur de Fowler dans tous les cas d'hypertrophie ganglionnaire ressemblant au lymphadénome.

4° Le traitement arsenical ne connaît pas de contre-indications, il a pour lui l'avantage de la simplicité ; mais il est toujours de longue durée et doit être continué jusqu'à disparition complète de *toutes* les tumeurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bakewell. — The Lancet, 1883.

Barton. — The therapeutic Gazette, 1888.

Barth. — Du lymphome malin et de son traitement par les injections interstitielles d'arsenic. Gazette hebd. de méd. et de chir., 1888, n°s 48 et 49.

Bergeron Henri. — Thèse d'agrég. de chirurgie. Paris, 1872.

Billroth. — Multiple Lymphome, etc. Wiener Med. Wochenschrift, 1871, n° 44.

Brousses et Gérardin. — Du lymphadénome. Mém. Ac. de médecine, 1887

Ceccherelli. — Un caso di lymphoma... Lo Sperimentale, 1880.

Choiseau. — Thèse de Paris, 1881.

Daymard. — Thèse de Paris, 1879. Recherches sur le lymphadénome.

Demange. — Thèse de Paris, 1874. Etude sur la lymphadémie, ses diverses formes et ses rapports avec les autres diathèses.

Duplay. — Progrès médical, 1876.

Esmarck. — Archiv von Langenbeck, 1878.

Goglioso. — Thèse de Paris, 1874. Histoire du lymphosarcome vrai.

Grockler. — Thèse de Paris, 1873. Du lymphadénome.

Humbert. — Thèse d'agrég., Paris, 1878. Des néoplasmes des ganglions lymphatiques.

Israël. — Berl. Klin. Woch., 1880, n° 52.

Jaccoud. — Gaz. des hôp., 1885.

Karewsky. — Berl. Klin. Woch., 1884.

Kelsch. — Bulletins de la Soc. anat., 1873, p. 558.

Kœbel. — Bruns Beiträge zur klin. Chir., 1887.

Legallois. — Thèse de Paris, 1873. Du lymphadénome du cou ou de l'hypertrophie ganglionnaire idiopathique.

Minich Angelo. — Sulla cura solvente di alcuni neoplasmi. Giornale veneto di Sc. med., mars 1879.

D. Mollière. — Province médicale, 1er oct. 1887. Des tumeurs ganglionnaires du cou.

Oppolzer. — Wiener med. Zeitung, 1858, nos 29 et 32.

Pollosson. — Province méd., 27 août 1887. Des tumeurs ganglionnaires du cou.

Panas. — Soc. de chir., 1872, 1877.

Potain. — Gaz. des hôpitaux, 1882, n° 56.

Reclus. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, 1887. Soc. de chirurgie, novembre 1889.

Richet. — France médicale, 1886

Terrillon. — Lymphome dur. Progrès médical, déc. 1883. et Gaz. des hôp., mars 1884.

Tholen. — Archiv von Langenbeck, 1874, Bd XVII. Ueber die Behandlung der maligne Lymphosarcome mit Arsenik.

Trélat. — Soc. de chirurgie, 1872, 1877, 1889, et Gaz. des hôpitaux, 1882.

Treves Fred. — British med. Journal, 1887. A Form of Glandular Swelling curable by Arsenik.

Trousseau. — Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, III.

Vaillard. — Revue de médecine, 1880 et 1882.

Variot. — Thèse de Paris, 1882. Rôle pathogénique des lésions viscérales et ganglionnaires dans la leucémie.

Verneuil. — Gaz. hebd., 1853. Recherches sur l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques.

Winiwarter. — Archiv von Langenbech, 1875, Bd XVIII, p. 98; Gesellchaft der Wiener Aerzte, 1877.

Frænkel. — Zeitschrift für Heilkunde, 1885, t. VI, p. 193.

Vu : le Président de la Thèse,
PANAS.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jonve, 23, rue Racine.